

З ДОСВІДУ РОБОТИ

УДК 616.33/34-005.1-072.1-089.819
DOI 10.11603/2414-4533.2016.3.6803

© Р. Я. КУШНИР, І. Л. КОРШОВСЬКИЙ

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"

Ендоскопічний гемостаз у комплексному лікуванні гострих шлунково-кишкових кровотеч

R. YA. KUSHNIR, I. L. KORSHOWSKYI

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

ENDOSCOPIC HEMOSTASIS IN COMPLEX TREATMENT OF ACUTE GASTRO-INTESTINAL BLEEDING

Авторами досліджено результати спостережень 92 хворих із гастродуоденальними кровотечами при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки, лікування яких здійснювали відповідно до запропонованої авторами на підставі патогенезу крововтрати активно-альтернативної тактики: проведення екстреного і превентивного ендоскопічного гемостазу, інфузійно-трансфузійної терапії. Здійснено 104 гемостазу. Остаточню зупинку кровотечі ендоскопічними методами виконано в 90 пацієнтів (97,8 %). Представлено методи і можливості ендоскопічного гемостазу, що підтверджує його ефективність.

The authors studied observations of 92 patients with gastroduodenal bleeding ulcers in the stomach and duodenum, whose treatment was carried out under the suggestion by the authors on the basis of the pathogenesis of active bleeding and alternate tactic: holding an emergency and preventive endoscopic hemostasis, infusion-transfusion therapy. 104 hemostasis were implemented. The final control of bleeding by endoscopic methods of patients hospitalized in 90 (97.8 %). The method and the possibility of endoscopic hemostasis confirming its effectiveness was presented.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту – грізне ускладнення багатьох захворювань стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки, набуває домінуючої ролі в перебігу захворювання, швидко погіршує його прогноз, створює загрозу життю хворого.

Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) складає 12,83 % у структурі патології органів травлення і зустрічається у 8–10 % дорослого населення працездатного віку. У понад 50 % пацієнтів джерелом кровотечі є пептичні гастродуоденальні виразки та ерозивно-виразкові ураження слизової оболонки шлунка й дванадцятипалої кишки. Рівень летальності при виразкових кровотечах сягає 15–20 %, а на висоті її рецидиву – 25–75 % [2, 4].

Зусилля хірургів і реаніматологів спрямовані на боротьбу з цим серйозним ускладненням, при цьому незамінна роль ендоскопіста при уточненні діагнозу, локалізації джерела кровотечі, його інтенсивності, а також можливості прогнозування рецидиву кровотечі, що визначає подальшу тактику ведення хворого.

Лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч є важливою і складною проблемою абдо-

мінальної хірургії, насиченою нестандартними і неординарними ситуаціями, яка потребує комплексного підходу і тісної співпраці фахівців різних спеціальностей для досягнення позитивного і прогнозованого результату. Широке впровадження езофагогастродуоденоскопії в клінічну практику дозволяє верифікувати джерело кровотечі при першому дослідженні у 71,2–98 % хворих із більшою інформативністю та здійснити зупинку кровотечі чи попередити її рецидив. Термічні методи ендоскопічного гемостазу – електрокоагуляція, аргонплазмова коагуляція ефективні у 96,6–100 % хворих, а рецидиви кровотечі після них виникають у 4,3–12 % пацієнтів, і часто їх залежить від типу стигмат кровотечі [2]. Незважаючи на значні досягнення медикаментозної терапії та ендоскопічної техніки, летальність при гострих гастродуоденальних кровотечах неварикозної етіології, зокрема при рецидивах кровотеч, залишається незмінною. Тому використання сучасних ендovasкулярних технологій для покращення результатів лікування цієї категорії пацієнтів в Україні стає дедалі актуальнішим [1, 5].

У більшості випадків це дозволяє провести надійний гемостаз і запобігти екстреному хірургічному втручанню, пов'язаному з великим ризи-

ком, особливо у хворих похилого і старечого віку, а також тоді, коли пропущені терміни виконання операції (більше 48 год після початку кровотечі), не поповнена крововтрата і є тяжкі супутні захворювання.

Мета роботи: визначити доцільність і лікувальні можливості ін'єкційного методу та аргоноплазмової коагуляції у пацієнтів із шлунково-кишковими кровотечами з високим ризиком рецидиву.

Матеріали і методи. В основу дослідження покладено проспективний аналіз історій хвороби 92 пацієнтів, які лікувалися з приводу гастродуоденальної кровотечі виразкової етіології у клініці кафедри хірургії № 2 ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського" в період із 1 грудня 2013 року до 20 лютого 2016 року.

Серед обстеженого контингенту особи чоловічої статі складали 70 (76,1 %), жіночої – 22 (23,8 %). Середній вік обстежуваних пацієнтів становив $(58,9 \pm 18,4)$ року. Середній вік для чоловіків складав $(56,3 \pm 18,2)$, для жінок – $(67,4 \pm 16,7)$ року.

Більшість виразкових дефектів була локалізована у дванадцятипалій кишці – 55 (59,7 %). Виразка шлунка мала місце у 37 (40,2 %) пацієнтів.

Хворим проводили повне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження та призначали медикаментозну терапію.

Всім пацієнтам призначали медикаментозну терапію, спрямовану на досягнення гемостазу та зниження рівня шлункової секреції. Серед призначених препаратів були засоби гемостатичної терапії, антисекреторної терапії – інгібітори протонної помпи (ІПП), засоби поповнення об'єму циркулюючої крові, а також еритроцитарна маса при наявності вираженої анемії.

На тлі медикаментозної терапії пацієнтам виконували ендоскопічні втручання, спрямовані на досягнення гемостазу. У разі неможливості досягнення гемостазу ендоскопічним шляхом виконували операційне втручання, спрямоване на усунення джерела кровотечі.

Досліджували якість ендоскопічної діагностики та характеристики виразкового ураження з

оцінкою стигмат активності кровотечі та впливу їх на виникнення ранніх рецидивів кровотеч, ефективність міні-інвазивних ендоскопічних методів гемостазу, ближні результати лікування, проводили оцінку якості життя пацієнтів.

Результати досліджень та їх обговорення.

Ефективність лікувальної тактики оцінювали за частотою розвитку рецидиву кровотечі. У групах пацієнтів із комбінацією консервативної терапії та ендоскопічного гемостазу або операційного лікування спостерігали 11 випадків рецидиву (2 – при виразках шлунка, в обох пацієнтів виразка локалізована по малій кривизні шлунка; 9 – дванадцятипалої кишки, з них у 4 випадках виразка була локалізована на задньомедіальній стінці).

Кровотеча помірного ступеня була у 39,2 % від загальної кількості пацієнтів, середнього ступеня – у 32,6 %, тяжкого – у 28,2 %.

Всім пацієнтам, як при триваючій кровотечі, так і при нестабільному гемостазі (за класифікацією Forrest II) проводили ендоскопічний гемостаз: у 30 пацієнтів – ін'єкційний, у 20 – аргоноплазмову коагуляцію, в 42 – комбінований гемостаз (ін'єкційний з аргоноплазмовою коагуляцією) (табл. 1).

Застосування ендоскопічних методик гемостазу забезпечувало надійний миттєвий гемостаз у всіх пацієнтів.

Прооперовано одного хворого після ін'єкційного гемостазу з приводу рецидивної кровотечі пенетрувальної виразки цибулини дванадцятипалої кишки, розташованої по задньомедіальній стінці. Останній без ускладнень виписаний із стаціонару.

Від геморагічного шоку померла 1 хвора із рецидивною профузною кровотечею із пенетрувальної виразки цибулини дванадцятипалої кишки (розташованої по задньомедіальній стінці) на фоні цирозу і печінкової недостатності. Від тяжкої супутньої патології померли 5 хворих.

За час проведення аналізу із повторною кровотечею в стаціонар звернувся 1 пацієнт, який мав тяжку супутню патологію серцево-судинної системи та помірну кровотечу з виразки шлунка на фоні приймання аспірину.

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів відповідно до активності кровотечі за класифікацією Forrest

Стигмати кровотечі	FIA	FIB	FIX	FIIA	FIIB	Всього
Ендоскопічний гемостаз	триваюча кровотеча			зупинена кровотеча		
З ендоскопічним гемостазом ін'єкційним методом	3	2	6	13	6	30
З ендоскопічним гемостазом із аргоноплазмовою коагуляцією	4	13	6	26	13	62
Всього	7	15	12	39	19	92

Жодному із пацієнтів працездатного віку не було встановлено групи інвалідності, не було жодних обмежень фізичної активності й соціалізації, зумовлених кровотечею чи операцією.

Висновки. 1. При кровотечах виразкової природи найбільш часто масивні, загрозливі для життя кровотечі зустрічаються з кальозних виразок малої кривизни шлунка та задньомедіального відділу цибулини дванадцятипалої кишки, що пов'язано з особливостями кровопостачання цих ділянок.

2. У більшості випадків застосування ендоскопічних методик гемостазу дозволяє провести надійний гемостаз і запобігти екстремому хірургічному втручанню, пов'язаному з великим ризиком, особливо у хворих похилого і старечого віку, а також тоді, коли пропущені терміни виконання операції (більше 48 год після початку кровотечі), не

поповнена крововтрата і є тяжкі супутні захворювання. Особливо надійна згадана методика при поверхневих ураженнях слизової оболонки.

3. Ендоскопічне та операційне лікування забезпечувало стабільний гемостаз абсолютно у всіх пацієнтів із обстежуваного контингенту.

4. У сучасних діагностичних і лікувальних алгоритмах при виразкових гастродуоденальних кровотечах провідну роль відведено ендоскопічному гемостазу.

Перспективи подальших досліджень. Отримані дані підтверджують актуальність питання лікувальної тактики при виразкових кровотечениях. Виходячи з цього, доцільним, на нашу думку, є продовження аналізу результатів лікування гастродуоденальних кровотеч виразкового генезу на чисельно більшому контингенті пацієнтів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ендоскопічний гемостаз при гострокровоточивих злоякісних пухлинах шлунка / П. Д. Фомін, П. В. Іванчов, І. І. Лемко, О. В. Ігнатів // Науковий вісник Ужгородського університету. – 2010. – Вип. 39. – С. 160–165. – (Серія “Медицина”).
2. Фомин П. Д. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта: причины, факторы риска, диагностика, лечение / П. Д. Фомин, В. И. Никишаев // Здоров'я України. – 2010.
3. Тактика і перспективи лікування хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечениями / В. А. Шуляренко,

Я. П. Фелештинський, В. І. Мамчич [та ін.] // Хірургія України. – 2012. – № 2. – С. 30–34.

4. Кондратенко П. Г. Острое кровотечение в просвет органов пищеварительного канала / П. Г. Кондратенко, Н. Л. Смирнов, Е. Е. Раденко. – Донецьк, 2006.

5. Ангіографічна емболізація при гастродуоденальній кровотечі. Безпечність, ефективність та предиктори успіху / G. A. Roultides, C. J. Kim, R. Orlando [et al.] // Медичний реферативний журнал. – 2009. – № 1–4. – С. 103.

Отримано 02.03.16